

COLABORACIONES

UN NUEVO ENFOQUE DE SALUD

Dr. D. Francisco J. Peña Castiñeira.

Especialista en Salud Ambiental.

Iñaki de Tellitu Solas; Asunción Ilarri Junquera;

Carmen M^a Pomar Tojo; Santiago Penas

Castro; Dolores González Cabaleiro;

Manuel Soutullo Couto

(Licenciados en Psicología, alumnos de Doctorado del Bienio 1995/96)

I. HACIA UNA NUEVA SALUD PÚBLICA

I.1.- Un nuevo concepto de salud

A la hora de definir la salud, se ha pasado, a través de una revisión histórica, de un concepto clásico y negativo (salud como ausencia de enfermedad), a una definición global, como la de la O.M.S. en su *Carta Magna* o *Carta Constitucional* en 1946, en la que la salud se contempla como "*el estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*". A pesar de todo, no hay acuerdo con respecto a esta definición más positiva e innovadora, por considerarla utópica y subjetiva. Así, Terris da una definición más operativa teniendo en cuenta no sólo el estado de bienestar físico, mental y social, sino también la "*capacidad de funcionamiento del sujeto*". Todavía se puede encontrar una visión más dinámica de la salud, matizando la capa-

cidad de funcionamiento aludida, teniendo en cuenta los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.

En esta última definición aparece un concepto de salud relacionado con el medio y la colectividad. De este modo, se confiere al medio un papel fundamental, antes no contemplado. Teniendo en cuenta: los modos de vida, los retos ambientales, los alimentos, los recursos socioeconómicos y su reparto. El medio en el que vive inmerso el individuo es, en definitiva, un punto esencial en el tema de la salud. Lo positivo de este concepto dinámico es que analiza los determinantes de la salud, tanto de la salud positiva como de la pérdida de la misma, que están fuertemente relacionados con los estilos de vida condicionados por el medio ambiente, junto con los cumplimientos de los tratamientos y recomendaciones del médico. Lo que se pretende es que el individuo tenga una participación activa en el mantenimiento de la salud adoptando conductas positivas, modificando hábitos, afianzando nuevos estilos de vida o siguiendo instrucciones de los médicos, más aún en la época actual, donde las patologías predominantes las constituyen las enfermedades crónicas y los accidentes, provocados muchos de ellos por actuaciones individuales inapropiadas.

Si bien el individuo debe ser activo manteniendo unos estilos de vida más saluda-

bles, ayudas como la educación sanitaria ocupan un lugar central en lo que se llaman estrategias de salud pública, ya que, tanto la prevención y control de las enfermedades crónicas como la de los accidentes, dependen, en gran medida, de la educación sanitaria. La educación sanitaria también es precisa para que la población comprenda la necesidad de los programas de salud, participe en la toma de decisiones para su puesta en marcha y se modifiquen sus comportamientos insanos, con objeto de eliminar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (consumo de tabaco, de alcohol, de drogas ilegales, consumo excesivo de alimentos hidrocarbonados, etc).

Cuando definimos el concepto de salud, debemos ir más allá y no quedarnos en una simple definición, debemos analizar los determinantes, la causalidad de los problemas de salud prevalentes, y ya que existe un acuerdo general sobre la importancia de los estilos de vida se debe actuar sobre estos, sobre los comportamientos como determinantes del nivel de salud positiva alcanzado por los individuos, grupos y colectividades.

Poner en marcha programas de educación sanitaria con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad derivadas de los hábitos insanos, fomentar la salud de los ciudadanos y contribuir a su restauración cuando se ha perdido. El objetivo es modificar los comportamientos de la población en sentido favorable a la salud.

I.2.- Popularizar la salud

Considerando la importancia que tiene nuestro estado de salud para la consecución de un adecuado desarrollo personal, estaremos de acuerdo en afirmar que, en todos

aquellos programas en los que se pretenda realizar una labor de promoción y protección de la salud, lo primero que debería buscarse serían las estrategias que facilitasen la adhesión de la población al proyecto. Dicho en otros términos, aunque un programa haya sido planteado y planificado hasta en sus más mínimos detalles, es muy probable, si no se estimula la participación e implicación de toda la población, que no se obtenga los resultados esperados. Es necesario que la sociedad tenga presente que puede ejercer cierto control sobre su estado de salud. En la medida en que se actúe de manera consciente hacia el mantenimiento de un correcto nivel de salud, existirán más probabilidades de conseguirlo, facilitándose el éxito de cualquier programa enfocado hacia la promoción de la misma.

Pero esa participación consciente y activa de la población no siempre se consigue de forma inmediata. En muchos casos deben realizarse "*Programas de popularización de la salud*". El principal objetivo de estos será mostrar la importancia que tiene el hecho de que la población presente un óptimo estado de salud. Para ello, es necesario partir de una serie de premisas básicas que favorezcan la interiorización del concepto de salud como un bien comunitario fundamental para el óptimo desarrollo de cualquier grupo humano:

- 1.-Mostrar las ventajas y desventajas que nos ofrece el tener un nivel aceptable de salud

Es totalmente comprensible el hecho de que el nivel de salud que posea una persona influye en sus posibilidades para desenvolverse en el mundo que le rodea. Lo que no siempre se pone de manifiesto es la influen-

cia ejercida por el nivel de salud de un determinado país en su posición económica. Las enfermedades no sólo traerán consigo, en mayor o menor medida, pérdida de tiempo, pérdida de dinero, aumento de problemas,..., para las personas que las padecen, sino también para la dinámica económica del país.

2.-Tratar de conseguir la compatibilidad población-programa

Cualquier programa de salud debe adaptarse, necesariamente, a las vivencias, valores, costumbres, recursos económicos,..., de la población hacia la que va dirigido. La programación de actividades para un determinado programa debe abordarse de modo que la población destinataria pueda ponerlas en práctica, sin que se le causen perjuicios o molestias.

3.-Evita la complejidad de los programas

La manera más eficaz de conseguir la participación de la población es lograr que ésta perciba el proyecto de salud como algo fácil de entender y realizar. Para ello, se pueden seguir las siguientes estrategias: proporcionar formación e información suficientes, y ofrecer instrumentos que faciliten la tarea.

4.-Promover la participación voluntaria

Es fundamental tener en cuenta que nadie se sienta obligado a realizar acciones en contra de su voluntad, respetando, así, la libertad individual. Con esto, se consigue que las personas que tomen parte en cualquier proyecto lo hagan en función de su verdadera motivación, aumentando así, las posibilidades de éxito del mismo. Esto llevaría, indirectamente, a que aquellos sujetos que, inicialmente, no se sentían motivados hacia la participación en un proyecto, se impliquen en él al observar el éxito que éste haya alcanzado.

5.-Seguir su desarrollo

Es imprescindible el seguimiento a largo plazo de cualquier proyecto. Esta medida permitirá descubrir sus fallos, subsanarlos lo antes posible y tratar de adaptarlos a otros contextos. Con esto se asegura su credibilidad ante la población y la confianza de la misma respecto a la puesta en marcha de nuevos proyectos.

I.3. Rol del educador para la salud

La figura del *Educador para la Salud* era contemplada tradicionalmente como una más de las funciones educativas que debía asumir la institución escolar. Esta visión no estaba totalmente desencaminada, puesto que no debemos perder de vista el trascendente papel que la escuela tiene en la formación de individuos responsables y con unos hábitos saludables, orientados hacia una óptima calidad de vida.

Sin embargo, el concepto de *Educador para la Salud* debe ser entendido como algo más amplio, que no sólo abarque el ámbito escolar, sino también todos aquellos en los que se mueve la persona, como el familiar, el laboral, el sociocultural, etc., cumpliendo así una triple función: educativa, sanitaria y social. Dado este amplio campo de actuación, es necesario considerar que este profesional, además de una función de transmisión de valores, actitudes y normas saludables, también tendrá la misión de informar y concienciar a la sociedad, en general, y a cada individuo, en particular, sobre el valor de su estado de salud y de la importancia de las medidas que deben tomar para mantenerlo en un nivel satisfactorio.

A raíz de esta amplia visión, habría que afirmar que el *Educador para la Salud* deberá

actuar a *nivel preventivo*, ofreciendo información veraz sobre los comportamientos saludables más recomendables para el mantenimiento de la salud, como a *nivel terapéutico*, detectando aquellos casos o situaciones en los que existan riesgos para la salud individual y comunitaria, informando al individuo y a las autoridades sanitarias competentes, en su caso, para que tomen o planteen las medidas oportunas hacia la solución temprana del problema. De este modo, es necesario considerar que el *Educador para la Salud* constituye una figura social clave, que debe desempeñar un papel activo y reconocido, como intermediario y coordinador de las acciones de todas aquellas personas y colectivos, profesionales o no, que puedan ejercer influencias sobre el estado de salud.

Asimismo, hay que resaltar la especial importancia de una actuación conjunta de todas las personas y entidades implicadas (padres, maestros, profesores, psicólogos, médicos, farmacéuticos, veterinarios, asistentes sociales, legisladores, autoridades locales, medios de comunicación, etc.). La labor coordinadora de todas ellas repercutirá de alguna manera en el nivel de salud comunitario y, del mismo modo, en el buen funcionamiento de muchos programas de prevención y educación sanitaria

De esta forma, programas tan simples como los de promoción de la salud bucodental, o los de prevención de trastornos visuales, pueden obtener resultados no satisfactorios, ante la falta de una coordinación e interacción entre los entornos de actuación implicados, tales como la escuela, el grupo de amigos, la familia, etc.

Por consiguiente, el objetivo del *Educador para la salud*, no será solamente el de conse-

guir un compromiso individual dirigido hacia la defensa de la propia salud, sino una actitud solidaria y colaboradora para la defensa de la salud comunitaria. Esto es, que cada sujeto tome las decisiones oportunas respecto a su propio estado de salud y adquiera una imagen de sí mismo como un agente activo de salud, entendiendo que ésta es tanto responsabilidad de los profesionales de la salud, como de cada uno de los miembros y colectivos de una comunidad.

En este conjunto de entornos en los que se desenvuelve el individuo, quizá sea preciso subrayar la importancia del ámbito escolar, ya que es en éste donde la población ofrece una mayor susceptibilidad para la adopción de actitudes, hábitos, normas y valores, que será de inestimable importancia a la hora de crear comportamientos saludables. Constituye, además, uno de los entornos privilegiados a la hora de poner en marcha un Programa de Educación para la Salud, puesto que existe una permanencia segura de su población durante los años de la escolaridad obligatoria.

En consecuencia, la mejor ubicación de la figura del *Educador para la Salud*, presumimos que será en el citado ámbito escolar, aunque, como se ha subrayado, no se debe restringir su actuación a este marco, puesto que no constituye, ni mucho menos, una pieza aislada dentro de la maquinaria social, sino más bien un engranaje fundamental para el correcto funcionamiento de la misma. De ahí que su actuación se extienda a todos los elementos integrantes de esa sociedad plural. Por ello, este profesional deberá definir en cada momento y en cada lugar, las alternativas disponibles y las respuestas más válidas, en función de las personas a quienes dirija o

preste este importante servicio, implicando en todo momento a aquellas otras que le rodean (padres, entidades juveniles, ayuntamientos, etc.), con el fin de contribuir, con la ayuda de todos y de la mejor manera, a la consecución de esa finalidad.

En muchos casos, la figura del *Educador para la Salud* se confunde con la de *promotor de la salud*. Esta confusión es, en cierta medida, comprensible si pensamos que la labor del educador para la salud se desarrolla casi exclusivamente en el ámbito de la promoción de la salud.

A pesar de que esto parezca limitar el campo de actuación de estos profesionales, la situación real es muy diferente. De acuerdo con la **Carta de Otawa** (documento redactado por la OMS): *“La promoción de la salud se ha convertido en elemento común a todos aquellos que admiten la necesidad de un cambio en nuestro modo de vida y en nuestros hábitos, con la finalidad de mejorar nuestro estado de salud. La promoción de la salud aparece como una estrategia de mediación entre la población y su entorno, operando la síntesis entre las elecciones individuales y la responsabilidad de la sociedad en el ámbito de la salud....”*. Es decir, se trata de actuar e intervenir de modo que se aumenten los determinantes de la salud. Para ello, la *Carta de Otawa* propone las siguientes estrategias a seguir:

*** Creación de políticas saludables**

En este campo, el papel del educador para la salud se orienta hacia la optimización del aprendizaje de conductas dirigidas al desarrollo y puesta en marcha de políticas saludables. Con ello se pretende que la salud pase a formar parte del orden del día de los responsables políticos, tanto de medio ambiente como de transportes, agricultu-

ra,...., y, por supuesto, de sanidad, de forma que se tenga en cuenta que todas las decisiones que se tomen puedan traer consecuencias sobre la salud de la población por lo que deberán plantearse de forma responsable y consensuada.

*** Desarrollo de aptitudes y recursos individuales**

Para que una persona mantenga un estilo de vida adecuado y saludable, deberá poseer unas aptitudes y recursos que le capaciten para ello. En este caso, el rol del educador para la salud se sitúa en aquellos ámbitos en los que resulte más fácil promover aprendizajes de aptitudes y desarrollar recursos individuales respecto a la elección de un modo de vida y la correcta adaptación al medio. Teniendo en cuenta esto, se puede afirmar que el ámbito que mejor se adapta a este objetivo es el escolar, puesto que actúa sobre una buena parte de la población y, además, es un tipo de población con unas características excepcionales para la adopción de conductas, dada su plasticidad e influenciabilidad ante los estímulos externos.

*** Refuerzo de las acciones comunitarias**

La Comunidad deberá implicarse constantemente en la búsqueda de prioridades, en la detección de necesidades, en la elección de estrategias y en la implementación y promoción de la salud. Facilitar su autonomía y sus posibilidades de acción ayudará a que la Comunidad tenga un mayor control sobre los determinantes de salud. Según esto, el educador para la salud deberá facilitar el aprendizaje de conductas que permitan aumentar progresivamente la implicación de la Comunidad en los proyectos de promoción de la salud a la vez que se estimula el compromiso formal de los implicados en los mismos.

***Creación de entornos favorables a la Salud**

La tarea de los servicios de salud será responsabilidad tanto de particulares como de grupos comunitarios, profesionales de la salud, voluntarios, instituciones, gobiernos, etc.

Todo ello implica la necesidad de actuar conjuntamente con el fin de crear una cadena de servicios preventivos y terapéuticos que respondan a los intereses de salud colectivos.

Esta reorientación debe producir cambios en la formación y actualización continua de los profesionales que trabajan para la promoción de la salud.

En resumen, dentro del ámbito de la promoción de la salud el rol de la educación afecta a los responsables, los técnicos y la población general. En cada estrategia de promoción se facilita el conocimiento de los determinantes compartamentales, aprendizaje que permitirá adaptar voluntariamente aquellas conductas que mejoren dichos determinantes: entornos saludables, estilos de vida adecuados, etc.

*** Reorientar los servicios de salud**

II. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

La actual concepción de salud como un área multidimensional y la toma de conciencia de que múltiples problemas de salud, como el tabaquismo, el sedentarismo, la desnutrición, la obesidad, etc., residen, fundamentalmente, en hábitos de comportamiento que configuran estilos de vida de los cuales somos responsables, y que podemos controlar y modificar estilos de vida de los cuales somos responsables, nos lleva a centrar el interés en aquellos factores que, de alguna

manera, influyen y determinan los comportamientos de salud del individuo.

Es momento, ya, de hablar de modelo de salud positiva, considerando los aspectos bioquímicos, fisiológicos, psicosociales, cognitivos e interpersonales del ser humano.

Hasta hace unos años se creía que, con que un sujeto conociese su particular problema de salud sería suficiente para que modificase sus hábitos de vida y se orientase hacia estilos de vida más sanos. Esta es la causa por la que los programas convencionales y las campañas preventivas se limitaban a suministrar información sobre la enfermedad en cuestión, dejando de lado otros factores personales o ambientales que podrían estar determinando el comportamiento del sujeto.

Hoy en día ponemos en cuestión todo este tipo de planteamientos, y se mantiene la idea de que para lograr modificar los hábitos de comportamiento es necesario conocer e intervenir sobre un amplio espectro de factores que influyen en el origen y mantenimiento de un determinado comportamiento.

Las diversas teorías del aprendizaje social e individual, la modificación de conducta como teoría psicológica y la psicología cognitiva, se constituyen en piezas fundamentales para la investigación de todo el entramado contextual que determina el comportamiento de la salud.

El estudio de la motivación, los valores, los intereses, las creencias, las atribuciones y las influencias que todo esto tiene sobre las prácticas rutinarias respecto al comportamiento sano constituyen un avance de este nuevo enfoque de la salud.

II.1 Principales factores de riesgo de naturaleza psicosocial

Ante la imposibilidad de aislar un único factor como causante de la mayoría de enfermedades (físicas y/o mentales) se acepta una etiología multidimensional. Esto nos hace suponer que son múltiples los factores que nos permiten establecer las condiciones necesarias para la aparición de una enfermedad, y se suele hablar entonces de factores de riesgo o de vulnerabilidad a la enfermedad.

Este concepto pone de manifiesto la idea de que en un individuo o grupo de individuos confluyen un conjunto de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que los sujetos lleguen a presentar una determinada patología. Los indicadores de riesgo se suelen denominar marcadores de vulnerabilidad.

Son muchos y muy diversos los aspectos que se han investigado en relación a la salud. Aquí vamos a considerar algunos de los factores que se han considerado como determinantes del comportamiento de salud.

Existen unos factores psicosociales que están incidiendo en toda nuestra conducta, y de forma particular constituyen un riesgo para poder establecer estilos de vida saludables y comportamientos encaminados a la prevención de la enfermedad.

Hablar de factores psicosociales es hablar tanto de la sociedad, ambiente en el cual se desenvuelven nuestras actuaciones, nuestra conducta; como de lo que cada individuo percibimos de ese ambiente. Esto incluye variables físicas, sociodemográficas, organizacionales, así como las conductas individuales.

Entre los factores psicosociales del individuo resaltan:

1.- Factores internos:

* Herencia y constitución biológica: Pueden dar lugar a una mayor o menor predisposición a ciertos problemas de salud.

* Creencias sobre la salud: Una creencia puede definirse como una percepción que el sujeto tiene sobre algo en función de sus conocimientos y actitudes hacia ese tema.

* Valor de salud: que hace referencia a la estima que cada individuo concede a la salud en sí misma. Este factor está íntimamente ligado al anterior de tal manera que la relación valor de salud-conducta de salud, no se da de forma directa, sino que está mediatizada por las propias creencias y otras variables personales.

* Actitudes, intenciones y expectativas: La actitud la podemos definir como una organización de creencias relativamente perdurables sobre un hecho o situación, que nos predispone a responder de una manera preferencial. La teoría de la motivación protección de Rogers (1983), pone de manifiesto la influencia de las creencias de salud sobre las actitudes y las intenciones.

* Sexo: Existen diferencias en las tasas de mortalidad y morbilidad entre varones y mujeres. Las causas son múltiples y van desde las diferencias genéticas hasta los diferentes patrones de comportamiento derivados del proceso de socialización que determina distintas características comportamentales en uno y otro sexo, que inciden en los estilos de vida de la persona.

2.- Factores externos o ambientales

* Ambiente físico: En sentido amplio, entendemos por ambiente físico el conjunto de aire, suelo, fauna, flora y recursos energéticos.

Podemos incluir aquí aspectos como los servicios disponibles que favorecen u obsta-

culizan el comportamiento tales como transportes, costos y localización de los centros de salud. Otros factores también de importancia son el tipo de barrio, ciudad, clima y geografía, que algunas veces puede determinar las ventajas o las limitaciones para algunos de los comportamientos de salud.

* Ambiente social: En este factor podríamos incluir, desde una perspectiva amplia, el clima político, económico y cultural.

Un aspecto básico a tener en cuenta es el concepto de socialización, puesto que los hábitos y muchos aspectos de la personalidad del individuo dependen en gran medida del proceso de socialización en el que destacan dos elementos: la familia y el grupo de referencia.

La familia juega un papel importante en la educación del individuo y tendrá la capacidad de fomentar o inhibir en el sujeto actitudes positivas o negativas hacia los comportamientos de salud. Podrían señalarse dos vías relevantes de influencia familiar sobre el comportamiento de salud que son: las prácticas de crianza y los modelos parentales.

II.2. Medidas preventivas

Entendemos que las acciones preventivas pueden plantearse desde dos perspectivas no excluyentes, intervención sobre el comportamiento y sobre el ambiente.

Debemos considerar que para el diseño e implantación de programas de prevención es necesario tener en cuenta toda una serie de factores, unos sobre los cuales el individuo tiene poco control inmediato (el macroambiente), y otros sobre los que el individuo tiene una importante capacidad de control (el microambiente).

Si hacemos nuestra la máxima de que "*más vale prevenir que curar*" no cabe duda de

que lo mejor es adoptar estrategias encaminadas a la prevención primaria, esto es, intervenir antes de que aparezca el problema. Aquí podríamos incluir medidas como: impedir el aislamiento poblacional, impedir la contaminación atmosférica, controlar la contaminación acústica.

Estas estrategias preventivas no se pueden realizar de forma individual, requieren de una colaboración interdisciplinaria.

En suma las estrategias de prevención constituyen una compleja realidad sociopolítica y académica que se debe programar y llevar a cabo desde una perspectiva global e institucionalmente dirigida.

Al preguntarnos por las formas que puede tomar la prevención en la escuela, debemos remitirnos a los dispositivos que se han mostrado útiles en este tipo de intervención. De acuerdo con J. Sieres (1990) la educación para la salud puede ser eficaz si es capaz de enmarcarse en un plan que; no asuste e intimide a las personas o grupos a los cuales va dirigida; no constituya simples demostraciones puntuales o esporádicas, sino que se trate de una; no dramatice situaciones ya de por sí conflictivas; no provoque sentimientos de culpabilidad en individuos ya afectados por una; no aspire a formar "*médicos descalzos*", ni a sustituir a las profesiones sanitarias.

Efectivamente, con estos puntos no es posible configurar un programa preventivo mínimamente detallado de salud pero, desde el punto de vista de la prevención del tabaquismo y el alcoholismo, sí se establece una línea de trabajo en la que se priman las actuaciones que favorecen un estilo de vida sano. Las medidas de promoción y mantenimiento en la población del deseo de no abu-

sar del tabaco ni del alcohol y saber como mantenerse sana, pueden ser aplicadas a diferentes niveles. Nosotros nos vamos a referir a la escuela porque es, sin duda, uno de los escenarios más importantes para la sistematización de contenidos que favorezcan una existencia más óptima.

Pero al hablar de salud en la comunidad escolar cabe antes de cualquier otra consideración preguntarse: ¿la escuela actual es lo suficientemente saludable como para ser potenciadora de la salud?, posiblemente cada uno de nosotros tiene una opinión particular al respecto de acuerdo a los conocimientos y experiencias que posee, pero seguramente todos podemos estar de acuerdo en que si queremos que la escuela trabaje con la salud debe estimular ella misma en su interior un clima social saludable y unos objetivos entre los que se deben destacar la potenciación de la convivencia entre sujetos con distintas capacidades, la participación de los distintos componentes de la comunidad educativa y la promoción de un clima emocional que contribuya al desarrollo de una salud mental equilibrada.

Efectivamente, parece inconcebible que se pueda prevenir el abuso del tabaco y del alcohol y promover la salud y la calidad de vida desde marcos que no son saludables, por esto diferentes autores (Dryfoos, 1990; Lefebvre, 1990; Schorr, 1991) opinan que los programas preventivos para ser realmente eficaces deben desarrollar la intervención sobre el propio contexto en el que actúan.

A partir de la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo, LOGSE, (MEC, 1993), existe en España la posibilidad de impregnar la educación para la salud en la vida de los centros escolares, no sólo como

tema transversal en el marco curricular o Proyecto Curricular de Centro, sino como seña de identidad en los Proyectos educativos de cada centro escolar. Pensamos que aprovechando estas vías es como se pueden desarrollar intervenciones preventivas sobre el abuso del tabaco y del alcohol en cada escuela que no se queden en acciones anecdóticas o puntuales.

En este artículo hemos visto la etiología del abuso del alcohol y del tabaco y hemos intentado resaltar de que manera las estrategias de prevención de conductas no saludables y de fomento de las saludables deben tener en cuenta el medio en el que actúan; ahora y de acuerdo con la argumentación que venimos haciendo, vamos a situarnos a nivel de los individuos concretos que son objeto de los programas de salud en la escuela para señalar en forma general los objetivos que se plantean a este nivel.

Las estrategias que se han puesto en práctica para la prevención del alcoholismo y del tabaquismo han sido múltiples, nosotros prestaremos atención a sus aspectos comunes porque son los que mejor caracterizan los programas efectivos de promoción de la salud y de prevención del abuso del tabaco y del alcohol. Estos programas (por ej., Ellickson et al., 1992) acentúan sus actuaciones de forma general los siguientes objetivos:

- Generar y mejorar la capacidad de elección del individuo en relación a su estilo de vida, resaltando la importancia
- Estimular el desarrollo de destrezas para manejar la ansiedad, el aburrimiento y las situaciones difíciles o estresar.
- Potenciar las capacidades para la identificación y afrontamiento de las presiones de: ayudar a descubrir y valorar las capacidades

y potencialidades personales, es decir, aprovechar; y de ofrecer información veraz sobre el tabaco y el alcohol, y las razones de tipo fisiológicas y psicológicas a largo:

III. ÉTICA Y SALUD

Lo que el hombre encuentra en su naturaleza como posibilidad debe llegar a ser realidad en su persona. Esto ha de interpretarse desde la perfectibilidad sustancial del hombre y desde la planificación a la que, espontánea y socialmente, aspira y se dirige. Hay, por lo tanto, un sistema que caracteriza la perfección y, por otra parte, una ambición de progreso inherente a la propia condición de natural y a la dimensión social del hombre. El desarrollo total de la persona cuenta, pues con unas dotes espirituales y con unas aptitudes corporales, capacidades y defectos hereditarios y adquiridos. Pero no deben omitirse ni despreciarse, al menos en orden a nuestro propósito temático, el funcionamiento bioquímico específico de su organismo ni sus reacciones psíquicas, ni su relación con el medio ambiente.

Ahora bien, *"los posibles modos en que algo puede ser tomado como un bien y el análisis de los mismos son cuestionados bastante alejados del campo de la psicología empírica"* (Von Hildebrand). Y, sin embargo, desde la observación y el análisis de los comportamientos humanos o desde las propias experiencias, confesadas o no, presentamos y percibimos una pluralidad interpretativa y valorativa de los bienes y del bien. Aún más, una diversidad de estimaciones en sus efectos humanos y personales y, como es bien sabido, de esa libre querencia derivan las categorías de bueno y de malo y las aceptaciones o rechazos entre lo placentero y lo beneficioso, entre

lo desagradable y lo nocivo, entre lo considerado útil y lo deseado como conveniente.

La diferencia entre lo satisfactorio subjetivo y el valor ha sido para muchos axiólogos, incluido Sheler, más una cuestión de gradación que algo, fundamental desde una consideración ética. Para ellos, el valor está dentro de la experiencia vivida, así lo subraya K. Wojtyla en su estudio sobre Max Sheler, al destacar que no define el valor en sí mismo y acentúa el emocionalismo, llegando a estimar que el valor, todo el mundo de los valores, diríamos, es el objeto específico de las experiencias emocionales.

¿Qué emoción agradable produce el cumplir con una obligación? ¿Es lo bueno el cumplimiento del deber, lo valioso de la conducta, tal y como aseguraba Kant?

No olvidemos que el deber es siempre el acatamiento de una orden, el seguimiento de un mandato, una acción particular y concreta de sometimiento a una voluntad, general o particular, que se orienta y nos afecta en cuanto pretende excluir un *"valor negativo"* de la experiencia vivida mucho más que el introducir en la experiencia a *"valores positivos"*.

La vida del hombre pivota o fluctúa existencialmente sobre dos dimensiones o, de otro modo, se sostiene necesariamente en dos pilares o soportes, la intimidad-subjetividad, fuera interior o lo interior a uno y la alteridad-socialidad, objetividad, regulación social o lo de afuera de uno, exterioridad. En el segundo, el predominio corresponde a los valores negativos en los que no hay emoción personal y, por tanto, una motivación ética libre. Mientras que, en el ámbito de la interioridad, priman los *"valores positivos"*, los que mueven la voluntad personal desde las decisiones incondicionadas externamente.

Por ejemplo, en orden a los valores de la salud, las "cuarentenas" epidémicas, son consecuencia del ejercicio de un derecho social ejercido por un bien de la comunidad; las "campañas de vacunación" son un deber de la sociedad organizada en beneficio de la salud de sus miembros; la sanidad, su estructuración y sus prestaciones serían, por su parte, la respuesta obligada a un derecho de los ciudadanos, habida cuenta de sus distintas aportaciones a la financiación de una estructuración de servicios comunes organizados.

Pues bien, como uno de los rasgos esenciales de la ética, es la vinculación de la conducta con el valor, la elección libre del bien, hemos de destacar, en el orden personal, todo aquello que proceda de la obligatoriedad, esto es aquello que dimana del ejercicio de un derecho, por más inspirado que éste pueda estar por una ética social, cívica, política o comunitaria.

Pero no podemos movernos por terrenos teóricos de la realidad humana y en algo evidentemente tan práctico como es la salud, es imprescindible caminar tomando muy en cuenta los estilos de vida de los hombres, según sus culturas propias y sus condicionantes y hábitos medioambientales, esto es, según las costumbres procedentes de la geofísica y siguiendo los usos tradicionales de la sociedad en la que el hombre nace y vive.

A ello, hay que añadir otro factor influyente y, en alguna medida, determinante. Nos referimos al tiempo y a su circunstancia científico-tecnológica, por cuanto modifica progresivamente las posibilidades de acceder mejor y de disfrutar más de la salud, en cuanto es un bien personal y un bien social.

Tentemos, llegando el precedente planteamiento, iluminar lo que, desde una actitud

ética, constituye el núcleo del problema del compromiso -lo normalmente ineludible, en cuanto responsabilidad negativa o positiva- entre la postura privada y la colectiva, entre el desecho y el deber de estar sanos, entre el estilo personal de vida y las medidas sociales que favorezcan los comportamientos más ajustados al bienestar privado y a la convivencia común, tanto en lo preventivo como en lo recuperativo.

No es suficiente la legislación prohibitiva ni la más acabada tarea asistencial. Pueden modificar, muy lentamente, hábitos sociales y estilos personales, y reponer las condiciones de salud perdidas por la enfermedad, pero ni una ni otra labor, ni ambas unidas, sumadas, como suele suceder aún en países y culturas infradesarrolladas, alcanzan la eficacia ética que requiere una presentación incesante de valores y una encarnación clara de los mismos, que permitan el ejercicio de una libertad lúcida, una opción racional y pasional (emocional) por lo mejor.

Bibliografía

Carta Europea sobre Medio Ambiente y Salud (1990) en Conferencia Europea de Ministros de Sanidad y Medio Ambiente, Frankfurt (1989). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

CASTILLO, F. (1993) La Escuela Promotora de Salud. V Jornadas de Educación para la Salud. Escuela de la Región de Murcia.

Comunidad Europea (1991) El Medio Ambiente Urbano. Madrid: Ediciones de la CEE.

COSTA, M. y LOPEZ, E. (1986) Salud Comunitaria. Barcelona: Martínez Roca, S.A.

DRYFOOS, J. G. (1990) Adolescents at risk. Prevalence an prevention. -Nueva York: Oxford University Press.

ELLICKSON, P. L.; BELL, R. M.; THOMAS, M.A.; ROBYN, A. E. y ZELLMAN, G. L. (1988). Designing and implementing project ALERT. A smoking and drying prevention experiment. Santa Mónica: RAND Corporation.

GREEN-E, W y SIMONS-MORTON, B. (1988) Educación para la salud. México: Interamericana.

JIMENEZ, F. y ARAGONES, J. (1988) Introducción a la Psicología Ambiental. Madrid: Alianza Editorial.

LEFEBVRE, R.C. (1990) "Strategies to maintain and institutionalize successful programs. A marketing framework", en BRACHT (comp.) "Health promotion at the community level". Newbury Park: Sage Publications.

Ministerio de Educación y Ciencia (1993) "LOGSE, Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo y normativa complementaria". Madrid: MEC.

OMS UNIFEF (1978) Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria y Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 sep. Serie "Salud para Todos", nº 1. Ginebra: OMS.

PENA, F. J. (1994) Actas de las Primeras Jornadas Municipales de Medio Ambiente y Salud.

PEÑA, F.J. y cls. (1996) "La Salud Ambiental desde la Psicología", en Punto Crítico, nº 3, La Coruña: Jesús Díaz.

POLAINO, A. (1987) Educación para la Salud. Barcelona: Herder.

SALLERAS, L. (1990) Educación Sanitaria. Madrid: Díaz de Santos S.A.

SAN MARTIN, H. (1981) Salud y Enfermedad. México: Prensa Médica Mexicana.

SAN MARTIN, H. (1984) Salud Comunitaria, teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos.

SCHORR, L.B. (1991) "Effective programs for children growing up in concentrated poverty", en A.C. HUSTON (comp.), Children in poverty. Child development and public policy. Cambridge: Cambridge University Press.

SHOPE, J. T.; DIELMAN, T. E.; BUTCHART, A. T.; CAMPANELLI, P.C. y KLOSKA, D.D. (1992), "An elementary school-based alcohol misuse prevention program: A follow-up evaluation" Journal of Studies on Alcohol, num. 53, pp. 106-121.

SIERES, J. (1990) "La prevención de la drogadicción en el marco de la educación para la salud", en ESCAMEZ (dir.), Drogas y Escuela. Una propuesta para la prevención. Madrid: Dykinson.

VON HILDEBRAND, D. (1983) Etica. Madrid: Encuentro.

WOJTYLA, K. (1982) Max Scheler y la Etica Cristiana. Madrid: BAC.